

## 研究ノート

## 認知症高齢者の「易怒・興奮」の言動とよい反応を得られたケア

——介護老人保健施設における看護職と介護職の捉え方の違いに着目をして——

小木曾 加奈子<sup>\*1</sup>, 平澤 泰子<sup>\*2</sup>, 阿部 隆春<sup>\*3</sup>, 祢宜 佐統美<sup>\*4</sup>, 山下 科子<sup>\*5</sup>,  
安藤 邑恵<sup>\*6</sup>, 佐藤 八千子<sup>\*7</sup>, 今井 七重<sup>\*8</sup>

岐阜大学医学部看護学科<sup>\*1</sup>, 浦和大学短期大学部<sup>\*2</sup>, 東京都福祉保健局<sup>\*3</sup>, 愛知文教女子短期大学<sup>\*4</sup>,  
信州介護福祉専門学校<sup>\*5</sup>, 岐阜医療科学大学<sup>\*6</sup>, 岐阜経済大学<sup>\*7</sup>, 平成医療短期大学<sup>\*8</sup>

## ● 要約 ●

本研究は、認知症ケア実践者である看護職と介護職に対する質問紙調査により、認知症高齢者の「易怒・興奮」の具体的な言動とその時に実施した対応でよい反応を得られたケアを明らかにすることを目的とした。得られたデータはカテゴリー化を行い、キーワードの関連性は、PASW Text Analysis for Surveysを用い分析を行い、ダイアグラムとして有向レイアウトを図式化した。「易怒・興奮」の具体的な言動は、17 サブカテゴリーを形成し、「スタッフを受け入れることができず易怒状態を招く」など4つのカテゴリーとなった。よい反応を得られたケアは、16 サブカテゴリーを形成し、「人的・物的環境を整える」など5つのカテゴリーとなった。関連図では、入浴や食事に関わる場面で「易怒・興奮」に繋がりが示され、利用者の「家族」への「思い」を大切にする必要性が示された。職種により「易怒・興奮」の現状に対する捉え方の違いはあったが、よい反応を得られたケアは類似傾向が示された。

● Key words : 認知症高齢者, 認知症ケア, 易怒・興奮, BPSD

人間福祉学研究, 6 (1) : 125-138, 2013

## 1. 研究背景と研究目的

## 1.1. 研究背景

2010年、全世界で3,560万人が認知症であると推定されている。この数は20年毎に、ほぼ倍増し、2030年には6,570万人、2050年には1億1,540万人に増加すると予測されている(Alzheimer's Disease International, 2009)。同様に、日本における将来予測でも、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅡ」以上は、2015(平成27)年は345万人、2020(平成32)年は410万人、2025(平成37)年には470万人になると推

計されており、高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」(2003(平成15)年6月)の予測よりも、増加傾向が示されている(厚生労働省, 2012)。

認知症の原因は多様であるが、いずれの場合でも脳が傷害された状態となり、脳細胞の破壊や機能不全によって、記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下、実行機能の低下などの中核症状が生じる。認知症における中核症状は、すべての認知症にみられる中心的な症状であり、病期の増悪に伴い、症状は進行する。中核症状から派生する「易怒・興奮」「拒薬・拒食・拒絶」「行動的攻撃(暴

力)」「不潔行為」などは、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (以下、BPSD) と呼ばれ、その概念は1996年のIPA (International Psychogeriatric Association, 国際老年精神医学会) のシンポジウムで紹介された(西村, 2009)。認知症高齢者のBPSDの出現率は70~90%とされているが(Black W, 2004), BPSDはすべての認知症にみられるものではない。穏やかに過ごすことができれば、BPSDは軽減する(鈴木, 2009)。BPSDに対する原因・誘因、状態を把握し、それぞれに適した方策を検討することが重要であり、介護サービスの利用がBPSDの軽減効果をもつことも明らかになっており、BPSDの実態を把握することが重要となる(朝田, 2009)。

BPSDの現状として、王ら(2008)の調査では、「自発性の低下」が最も多く、「睡眠障害」、「人物に対する誤認識」「易怒・興奮」などの順であった。一方、佐藤ら(2012)の王ら(2008)の32項目のBPSDを用いたケアの困難さは、「易怒・興奮」「拒薬・拒食・拒絶」「行動的攻撃(暴力)」「不潔行為」に対し困難性が高く、かつ関係性が強いことを示しており、症状の出現とケアの困難性には相違があることが明らかになっている。沖田ら(2011)は、BPSDで最も厄介で対応が困難である心理症状は、妄想、幻覚、抑うつ気分、不眠、不安であり、行動症状では、攻撃、不穏、徘徊であると述べている。また、梶原ら(2012)は、BPSDの症状である興奮、うつ、易怒、異常行動は介護負担感の影響因子であると述べている。上記で述べたように、ケアの困難さが高い「易怒・興奮」は、頻度としても高い傾向にあり、「易怒・興奮」の状態が続くと、暴力など他のBPSDへ移行することも多くなる。BPSDの中でも暴力行為は、自傷他害に至り、さまざまな事故を招きやすく、ケアの困難性が高いため先行研究も多い。暴力行為を行う認知症高齢者の心情には、さまざまな思いが秘められており、私たちがそのメッセージを理解することが不十分であるため、自分の思いを表出するために暴力という手段を用いており、これも非言

語的メッセージの一つである。越谷(2012)は、暴力的行為に対する介護職員の対処方法として、【受け入れる】、【あきらめる】、【向かい合う】、【発見する】、【切りかえる】ことを述べている。暴力行為に至る前に多く出現する「易怒・興奮」の現状を把握でき、早期に適切な介入ができれば、暴力行為を回避でき、穏やかに過ごす時が多くなるのではないかと考える。

加瀬ら(2012)は、認知症患者の不安感や焦燥感、興奮状態は、脳の器質的变化に起因することもあるれば、状況を認知できないことや人間関係・環境の変化による、心理社会的要因により生じていることもあると述べており、「易怒・興奮」は、他のさまざまなBPSDに繋がることも多いため、「易怒・興奮」の状態を早期に察知し、効果がある介入を意図的に実施することは、BPSDの低減の一助になると考える。

## 1.2. 介護老人保健施設の傾向

平成22年介護サービス施設・事業所調査(2012)によると、介護保険上のすべての施設は認知症がある人が増加しており、平成22年9月現在では、介護老人福祉施設は96.4%、介護老人保健施設は95.0%、介護療養型医療施設は96.8%が「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」によるランクⅠからランクⅢに相当する。また、その内訳をみると、介護老人福祉施設は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣ」は27.8%、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ」は6.0%であり、33.8%の利用者はBPSDが多い現状を示している。また、介護療養型医療施設も、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣ」は40.6%、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ」は10.4%であり、51.0%の利用者はBPSDが多い現状を示している。一方、介護老人保健施設は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅣ」は14.5%、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ」は2.2%であり、16.7%の利用者に留まっている。

また、三重県の調査(2012)によると、BPSDが高度な認知症高齢者の受け入れとしては、介護老人保健施設と介護療養型医療施設は、受け入れを制限している実態が明らかになっている。したがって、介護老人保健施設の現状を問うことは、今後の中間施設としての役割を担う施設での認知症ケアのあり方の方向性を示唆することに繋がると考える。

### 1.3. 研究目的

本研究では、認知症高齢者が増加する中で、介護老人保健施設における認知症ケアのあり方を検討するために、認知症ケア実践者である看護職と介護職に対する質問紙調査により、認知症高齢者の「易怒・興奮」の具体的な言動とその時に実施した対応でよい反応を得られたケアを明らかにすることを目的とした。

## 2. 研究方法

### 2.1. 対象及び方法

研究の同意が得られた設立3年が経過している介護老人保健施設の5施設とし、各施設に対して看護職5名と介護職5名を施設長や事務長などの管理職に人選を依頼した。調査期間は、平成24年8月から10月である。

### 2.2. 調査内容

質問紙による調査とし、対象者に個別に質問紙を配布し、本人の自由意思により投函を行った。調査内容は、基本属性と「易怒・興奮」に対する利用者の言動とよい反応を得られたケアは自由記述にて回答を得た。

### 2.3. 分析方法

得られた自由記述を、一内容を一項目とし含む記録単位とし、個々の記録単位を意味内容の類似性に着目をしてカテゴリー化し、その分類を忠実に反映させたカテゴリーネームをつけた。分類と

カテゴリーネームについては、研究者間で繰り返し検討を重ねた。また、キーワードの関連性は、PASW Text Analysis for Surveysを用い分析を行い、ダイアグラムとして有向レイアウトを図式化した。

### 2.4. 倫理的配慮

本研究は、岐阜大学医学等倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

研究者は、調査対象施設に対して、口頭と文書を用いて調査依頼を行い、同意書を得た。研究者は調査対象者に対して、文書を用いて調査依頼を行った。調査対象者が本研究の協力・同意の有無によって職務上の不利益を被ることがないことを説明した。また、調査対象者の研究の参加は自由意思であり、学会等で発表することなどを説明し、質問紙の提出をもって同意を確認した。

具体的な説明内容は以下のとおりである

- ① 研究の趣旨を説明し、属性を記入する質問紙は無記名とし秘密を守ること
- ② 研究への参加は自由意思に基づくものであり、質問紙の提出をもって研究の同意の意思確認とすること
- ③ 得られたデータは匿名とし、研究目的のみに使用し、個人情報の保護に努めること
- ④ 得られたデータは鍵のかかる場所に保管し、個人情報が漏出しないように努めること
- ⑤ 研究成果は個人を特定できない状態にし、発表を行うこと

## 3. 研究結果

### 3.1. 対象者の属性

看護職25名、介護職25名の対象者の内、看護職23名(92.0%)、介護職23名(92.0%)の有効回答を得た。以下、各23名を100%として記載する。

看護職は、女性23名(100.0%)であり、平均年齢は $42.5 \pm 9.2$ であり、常勤は14名(60.9%)

表1 基本属性と勤務状況

職種	年齢：M±SD	性別	資格（複数回答）		採用形態		当該施設勤務年数		通算勤務年数：M±SD	
看護職 n= 23	42.5±9.2	女性	23(100.0%)	看護師	19(82.6%)	常勤	14(60.9%)	1-3	6(26.1%)	14.9±5.9
				准看護師	4(17.4%)	非常勤	4(17.4%)	3-5	4(17.4%)	
						パート	5(21.7%)	5-10	12(52.2%)	
								10～	1 (4.3%)	
介護職 n= 23	34.9±6.8	女性	10 (43.5%)	介護福祉士	19(82.6%)	常勤	21(91.3%)	1-3	3(13.0%)	8.0±3.5
				ホームヘルパー	4(17.4%)	非常勤	1 (4.3%)	3-5	4(17.4%)	
		男性	13 (56.5%)	介護支援専門員	6(26.1%)	パート	1 (4.3%)	5-10	9(39.1%)	
				資格なし	2 (8.7%)			10～	7(30.4%)	

などであった。所持している免許（複数回答）は、看護師は19名（82.6%）、准看護師は4名（17.4%）であった。当該施設勤務年数は5-10年が最も多く12名（52.2%）であり、平均通算勤務年数は、 $14.9 \pm 5.9$ であった。介護職は、男性13名（56.5%）、女性10名（43.5%）であり、平均年齢は $34.9 \pm 6.8$ であり、常勤は21名（91.3%）などであった。所持している免許（複数回答）は、介護福祉士は19名（82.6%）、介護支援専門員は6名（26.1%）などであった。当該施設勤務年数は5-10年が最も多く9名（39.1%）であり、平均通算勤務年数は、 $8.0 \pm 3.5$ であった。

### 3.2. 「易怒・興奮」の具体的な言動

「易怒・興奮」の具体的な言動に関する看護職139記録単位及び介護職110記録単位は、17サブカテゴリーを形成し、更に4つのカテゴリーとなった。以下、カテゴリーは「  」、サブカテゴリーは『  』で示す。

サブカテゴリーは、『認知力の低下のため、何をされるか分からず易怒状態となる』、『入浴介助を受けたくない気持ちから易怒状態となる』、『排泄介助を受けたくない気持ちから易怒状態となる』、『痛みを伴う処置を受けたくない気持ちから易怒状態となる』、『話し掛けるだけで易怒状態となる』、『不安感から常に誰かがそばにいないと興奮

しながら呼び続ける』で構成された。認知機能の悪化により、ケアや処置を行う際に説明をしても、こちら側の意向が伝わらず、利用者のペースに合わない関わりとなり易怒状態を招く状況を示した。そのため、カテゴリーは「スタッフを受け入れることができず易怒状態を招く」と命名した。

サブカテゴリーは、『待たされることにより易怒状態を招く』、『他の入所者との折り合いが悪く易怒状態を招く』、『感情のコントロールができず易怒状態を招く』、『体調不良が訴えられず易怒状態を招く』で構成された。自己の欲求があっても、それを他者に受け入れてもらうことが難しい場合もあり、また、欲求を他者へ伝えること自体も困難な場合も多い状況を示した。そのため、カテゴリーは「自分のペースを乱されることによって起る易怒状態」と命名した。

サブカテゴリーは、『大切な物が見つからず易怒状態を招く』、『食事をしたことを忘れてしまい易怒状態を招く』、『薬を飲んでることを忘れてしまい易怒状態を招く』、『昔の嫌な思い出を想起して、声を出して泣き出してしまう』で構成された。認知症による中核症状により、過去と今の記憶が曖昧となり混乱を招く状況を示した。そのため、カテゴリーは「認知の錯誤によって易怒状態を招く」と命名した。

サブカテゴリーは、『帰宅願望により易怒状態



表2 「易怒・興奮」の具体的な言動

		看護職 139記録単位 介護職 110記録単位	
カテゴリー (%)	サブカテゴリー	看護職：主な内容 記録単位 (%)	介護職：主な内容 記録単位 (%)
スタッフを受け入れることができず易怒状態を招く N:C=57 (41.0) : 35 (31.8)	認知力の低下のため、何をされるか分からず易怒状態となる	ばかやろう、何をしやがると怒る 助けてください、殺される 24 (17.3)	夜間立ち上がり困難で、何度も転倒されているため、座っていただくように促すも「誰か、助けて!」と叫ぶ 15 (13.6)
	入浴介助を受けたくない気持ちから易怒状態となる	ケアに対する拒否として入浴前の検温時「クソババア」 9 (6.5)	入浴のお誘いのために声を掛けるとテーブルにしがみつきの「殺される! 誰か助けて! 私をそんなに殺したいの!」と叫ぶ 4 (3.6)
	排泄介助を受けたくない気持ちから易怒状態となる	「私の勝手だろう、このバカ」オムツ交換を嫌がった時の言葉 8 (5.8)	本人の許可を得て、排泄介助を行っているが、途中「何をするのよ」など怒り出す 8 (7.3)
	痛みを伴う処置を受けたくない気持ちから易怒状態となる	処置が必要な方で説明して行うも「やめろ、バカ野郎」などの言動 8 (5.8)	
	話し掛けるだけで易怒状態となる	それほど大きな声で話しかけなくても「うるさい」など言う 8 (5.8)	大声を出す 声をあげる 3 (2.7)
	不安感から常に誰かがそばにいないと興奮しながら呼び続ける		不安感から、常に誰か(スタッフ)がいないと、呼び続ける 5 (4.5)
自分のペースを乱されることによって起る易怒状態 N:C=38 (27.3) : 23 (20.9)	待たされることにより易怒状態を招く	頻回にトイレへ行かれる利用者にトイレ介助の際に、まだトイレに行かれていない方を優先させてもらえように話すと「なんなんだよ、自分で行っているからいいだろう、なんでダメなんだよ」 24 (17.3)	トイレへ連れて行ってくれ 食事が待てず不穏になり騒ぎ、暴言になる 起床されてから朝食までの間「飯も食わせんのか!」と急に怒る 2 (1.8)
	他の入所者との折り合いが悪く易怒状態を招く	フロア内で他の利用者の声出しに興奮してしまい、「あんた、うるさいよ」と怒鳴る 10 (7.2)	他の利用者の声や近づいてくる方に対して、大声で「静かにしろ」と怒鳴る 14 (12.7)
	感情のコントロールができず易怒状態を招く	感情のコントロールができなく暴言を振るう 4 (2.9)	
	体調不良が訴えられず易怒状態を招く		体調が悪いことを伝えられず、落ち着かなくなった状態になる 7 (6.4)
認知の錯誤によって易怒状態を招く N:C=23 (16.5) : 10 (9.1)	大切な物が見つからず易怒状態を招く	荷物が無いと探し続ける 財布も何もないじゃ困るのよ 13 (9.4)	お金を人に盗まれた 物を人に盗まれた 4 (3.6)
	食事をしたことを忘れてしまい易怒状態を招く	食後でも食器を下げてしまった後に「まだ、ご飯を食べていない」などと怒る 8 (5.8)	食事を食べていないと訴える。 ご飯を食べていない 4 (3.6)
	薬を飲んでいることを忘れてしまい易怒状態を招く	投与時「まだ飲んでいないわよ」を繰り返す 2 (1.4)	
	昔の嫌な思い出を想起して、声を出して泣き出ししてしまう		昔の嫌な思い出を思い出し、大声を出して泣き出ししてしまう 2 (1.8)

現在の居心地の悪さより生じる易怒状態 N : C=21 (15.1) : 42 (38.2)	帰宅願望により易怒状態となる	帰ろうとし窓を開けようとしたりなど乱暴な行為 13 (9.4)	家に帰りたいため話し掛けたスタッフに向かって「そこを、どいてください」と言う 30 (27.3)
	家族との繋がりを求めることによる易怒状態となる	家族が黙って帰ってしまった家族と連絡が取れない 8 (5.7)	「おい」「すいませーん」「○ちゃん(家族の名前)」 8 (7.3)
	居る場所が変わることによって易怒状態を招く		慣れない住環境で、見知らぬ人との集団生活を理解できず、「私はこれでいいんです」と言い怒る 4 (3.6)

となる』、『家族との繋がりを求めることによる易怒状態となる』、『居る場所が変わることによって易怒状態を招く』で構成された。家族との関わりをもちたいという利用者の意向に沿うことができないことも多く、入所している意味や今居る場所への認識も不確かとなる状況を示した。そのため、カテゴリーは「現在の居心地の悪さより生じる易怒状態」と命名した。

### 3.3. 「易怒・興奮」の時に実施した対応で利用者のよい反応を得られたケア

「易怒・興奮」の時に実施した対応で利用者のよい反応を得られたケアに関する看護職 86 記録単位及び介護職 112 記録単位は、16 サブカテゴリーを形成し、更に5つのカテゴリーとなった。以下、カテゴリーは「 」, サブカテゴリーは『 』で示す。

サブカテゴリーは、『利用者の興味がある話題に意図的に話を切り変える』、『興奮して易怒の場合は、関わるスタッフを替えて対応を試みる』、『その人が落ち着ける居場所を見つける』、『一緒に散歩をするなど場所を変えて、気分転換を図る』で構成された。利用者が落ち着くことができるように、スタッフ側がどのような関わりを行うのかということが重要になっており、スタッフの関わりにより、興奮が収まることが多い状況を示した。そのため、カテゴリーは「人的・物的環境を変える」と命名した。

サブカテゴリーは、『利用者の気持ちに共感し

利用者の思いを聞く』、『利用者の気持ちを代弁し意向の共通認識を図る』で構成された。利用者を中心として、その思いに寄り添うような関わりを行っている状況を示した。そのため、カテゴリーは「利用者の気持ちに寄り添う」と命名した。

サブカテゴリーは、『易怒状態でもしなくてはならないケアは行う』、『帰宅願望に対しては、「帰りたい」という気持ちを大切にしながら関わる』、『物を探すことがある利用者に対しては、あらかじめ対応策をスタッフで共有する』、『空腹が易怒状態を招くこともあり、食事との関連を観察し、次のケアに活かす』、『生活リズムを整えるケアを行う』、『尿意や便意が易怒状態を招くこともあり、サインを見極めてトイレ誘導を行う』で構成された。認知力の低下により、誤認識が生じやすい。それらを寛容に受け止めることが必要となる。利用者の情報を得て、それをスタッフが共有しケアに結び付けている状況を示した。そのため、カテゴリーは「スタッフ間でケアの統一を図る」と命名した。

サブカテゴリーは、『時間をおいて再度関わる』、『落ち着くまで待つ』で構成された。認知症であるがゆえに忘れることができることを強みとして関わっている状況を示した。そのため、カテゴリーは「利用者が落ち着くまで見守り、興奮が治まるのを待つ」と命名した。

サブカテゴリーは、『相性が合わない利用者同士を把握し、距離を離す』、『相性が合わない利用者の状況を話す』で構成された。集団生活である

表3 「易怒・興奮」の時に実施した対応で利用者のよい反応を得られたケア

		看護職 86記録単位 介護職112記録単位	
カテゴリー (%)	サブカテゴリー	看護職：主な内容 記録単位 (%)	介護職：主な内容 記録単位 (%)
人的・物的環境を変える N:C=25 (29.1) : 43 (38.4)	利用者の興味がある話題に意図的に話を切り変える	利用者が自慢に思っている会話(過去の話など)に切り変えたとおさめることもある 12 (14.0)	話題をそらす 怒っている原因になったこととは違う話題を出し会話をする 18 (16.1)
	興奮して易怒の場合は、関わるスタッフを替えて対応を試みる	怒っていることを知っていたが、他の職員は知らなかった様子で「トイレに行きましょうか?」と声かけをすると易怒的な場面から切り変わることがある 8 (9.3)	対応するスタッフを替えてみる 介助者をかえて対応する 女性と男性スタッフを替えて対応を替えてみる 4 (3.6)
	その人が落ち着ける居場所を見つける	家族の方から面会時、情報収集をし、趣味や仕事で何をしていたのかの情報を得て関わることで安心感を持つことができ落ち着く 3 (3.5)	職員が見える位置にいてもらう 衣類たたみ等手作業を他の利用者と交えて一緒に行うことで、作業をしている間は、集中して作業に取り掛かってくださる 8 (7.1)
	一緒に散歩をするなど場所を変えて、気分転換を図る	興奮が収まらない時は、窓の景色を見せた 2 (2.3)	気分転換できるよう散歩などを行う 一緒に歩いてみる 13 (11.6)
利用者の気持ちに寄り添う N:C=22 (25.6) : 29 (25.9)	利用者の気持ちに共感し利用者の思いを聞く	利用者の怒りや興奮に対して冷静であることが大切。一緒に怒ってしまうと利用者もますます興奮してしまう 15 (17.4)	何度も同じことを聞いてくる利用者がいたが、その都度笑顔で傾聴し、答えているうちに「さっきも聞いたよね」と利用者の方から笑顔で言ってきた 26 (23.2)
	利用者の気持ちを代弁し意向の共通認識を図る	怒っている時に、傾聴し、話を聞いていると「こんなことでごめんなさいね、あなたは悪くないのにね」と少しずつ穏やかになられた 7 (81.)	反発して「違います」は逆効果。すべてに対して「大変でしたね」と共感して話していると、利用者も少しずつ落ち着かれる 3 (2.7)
スタッフ間でケアの統一を図る N:C=21 (24.4) : 25 (22.3)	易怒状態でもしななければならないケアは行う	怒りがおさまらず、拒否がある時、やらねばならない処置は、丁寧に説明しながら、拒否があっても素早く行い、「痛かったですね」「ごめんなさいね」等言葉を掛ける6(7.0)	毎晩義歯を洗うことを説明し、その場合は納得してもらう 2 (1.8)
	帰宅願望に対しては、「帰りたい」という気持ちを大切にしながら関わる	帰宅願望や物がなくなったなどの言動がみられたときは、信頼している家族に預けていることを説明したり、今日は家族の都合が悪いようなので、また別の日に帰りましょうなどと話しをしていると落ち着かれる時もあれば、興奮して話を聞き入れることができない場合もある 6 (7.0)	「バスが来るまでまだ時間があるようなのでこちらで休んで行かれたらどうですか」「まだ、〇時で家族の方はお仕事かもしれないので、夕方までこちらでお待ちいただけませんか」など利用者の訴えに沿って、声掛けを行う 7 (6.3)
	物を探すことがある利用者に対しては、あらかじめ対応策をスタッフで共有する	物を探して欲しい時などは貴重品なので、事務の金庫に保管していると告げると「あらそうなの、良かったわ」という反応があり、一時的に落ち着いた 5 (5.8)	利用者が言う失くした物などを詳しく聞き、一緒に居室に行き探しに行く とにかく利用者と一緒に探してみる 4 (3.6)
	空腹が易怒状態を招くこともあり、食事との関連を観察し、次のケアに活かす	「私もお腹ぺこぺこで辛いんですよ」とお伝えすると、利用者は「あなたも大変ね、かわいそうね」と興奮されることはなかった 4 (4.7)	家族にお菓子を持ってきてもらい、訴え時お菓子を提供する 夜間大声を出していた利用者に対し、水分提供すると、その後休まれた 3 (2.7)

	生活リズムを整えるケアを行う		生活のリズムの違い、自由がないことで、どうしていいかわからず、表現するのは怒りというケースがある 5 (4.5)
	尿意や便意が易怒状態を招くこともあり、サインを見極めてトイレ誘導を行う		看護と連携して、その利用者の排泄パターンを知るようにする トイレ誘導 4 (3.6)
利用者が落ち着くまで見守り、興奮が治まるのを待つ N:C=13 (15.1):8 (7.1)	時間をおいて再度関わる	興奮している時に、声掛けをしても全く聞かないため、時間をおいて話す ひとまず処置を中止して、時間を空けて再度施行する 7 (8.1)	一時的な怒り、興奮は周りの利用者、職員の対応方法で出現することも多く、周囲の利用者に影響するようであれば、時間を空けて話す 5 (4.5)
	落ち着くまで待つ	穏やかに話をし、徐々に利用者も落ち着いてくる場合もある 6 (7.0)	興奮状態がおさまるまで待つ 興奮状態が覚めるのを待つ 3 (2.7)
利用者の間をとり持つ N:C=5 (5.8):7 (6.3)	相性が合わない利用者同士を把握し、距離を離す	周囲の利用者を遠ざけ、静かな環境にする 4 (4.7)	できるだけ怒りの対象となる利用者との間を空ける 7 (6.3)
	相性が合わない利用者の状況を話す	易怒の相手は、病気で辛いことがあるかもしれないことを伝える 1 (1.2)	

がゆえに、他の利用者との関係調整も必要であり、相性を鑑みながら間をとり持つ状況を示した。そのため、カテゴリーは「利用者の間をとり持つ」と命名した。

### 3.4. 「易怒・興奮」の具体的な言動の関連図

看護職においては、「利用者」のキーワードが最も多く、「ここ」と「帰る」との関連があり、家族との関わりも「易怒・興奮」に繋がっている。また、日常生活の中で入浴や食事に関わる場面も「易怒・興奮」に繋がりがやすいことを示した。介護職

においては、「大声」のキーワードが最も多く、他者に対して興奮や怒りを示している。看護職と比べ、「易怒・興奮」は、人の名前を叫んだり、などさまざまな状況があることが示された。

### 3.5. 「易怒・興奮」の時に実施した対応で利用者のよい反応を得られたケアの関連図

看護職においては、利用者の「家族」の「思い」を大切に、落ち着くように話を聞くなど会話を大切にしながらケアを行うことで、「変わる」ことが

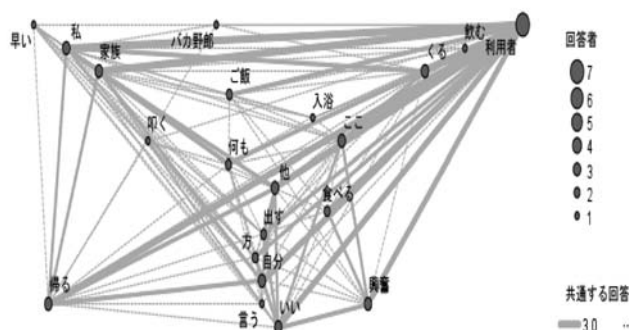


図1 看護職の「易怒・興奮」の具体的な言動の関連図 「利用者」を中心



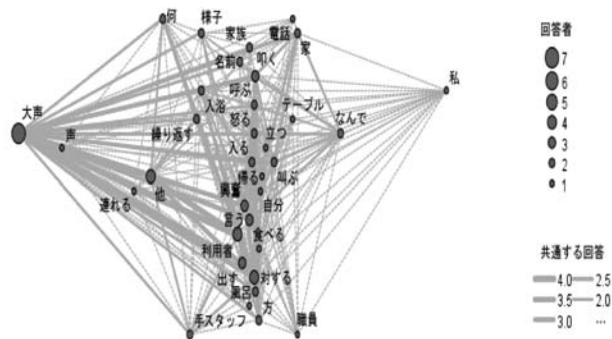


図2 介護職の「易怒・興奮」の具体的な言動の関連図 「大声」を中心

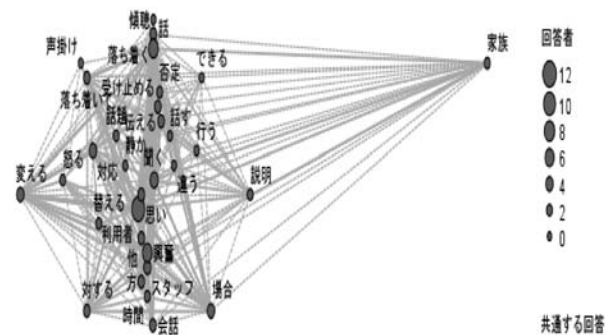


図3 看護職「易怒・興奮」の時に実施した対応で利用者のよい反応を得られたケア 「思い」を中心

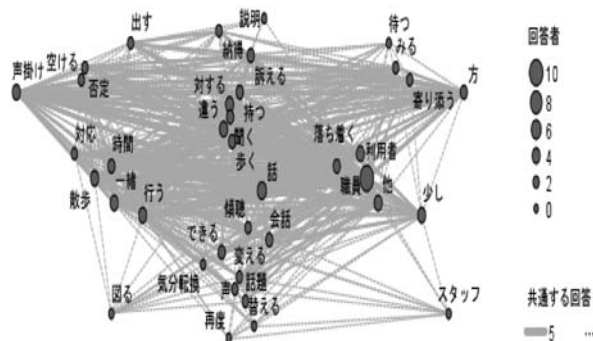


図4 介護職「易怒・興奮」の時に実施した対応で利用者のよい反応を得られたケア 「職員」を中心

できることを示した。介護職は、「利用者」と「職員」だけでなく、「他」のさまざまな人達のケアも視野に入れながら、落ち着けるように「話」や「会話」をしたり、状態を見極めたり、見守ったりと多方面からアプローチを実施していることが示された。

## 4. 考察

### 4.1. 「易怒・興奮」の具体的な言動

表2で示したように、看護職と介護職では、「易怒・興奮」の具体的な言動に対する捉え方の違いがあった。看護職は、「スタッフを受け入れることができず易怒状態を招く」の記録単位が最も多く、その中でも、ケアを行う際に説明や声かけをしても、それが利用者に伝わらず『認知力の低下のため、何をされるか分からず易怒状態となる』ことが多く、認知症高齢者に伝わるのが難しい現状を示した。認知症では、自分の意向を他者へ伝えることが困難となり、それを「易怒・興奮」という手段を用いて表現することもある。高齢者の主体性の尊重、自己決定の尊重（小林，2001）が重要ではあるが、入浴介助・排泄介助などプライバシーに関わるケア場面や痛みを伴うケア場面でも「易怒・興奮」が多いことが明らかになった。小木曾（2011）の認知症高齢者の“よくない状態（ill-being）の指標による分析においても、身体的な不快感あるいは苦痛のコードには、〈排泄にかかわること〉などが示されている。日常生活のさまざまな場面でケアが必要である場合は、その場面ごとの「易怒・興奮」の状況がスタッフの困難に繋がるのが明らかになった。

関連図では、看護職は、認知症高齢者が興奮したり、帰るといった言動を示しており、興奮している状態そのものが困難であることが示唆される。矢山ら（2012）の調査によると、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホームの3つの入所型サービスにおいては、施設内で対処できず入院依頼を検討するBPSDの種類としては、施設

の種類にかかわらず「興奮」で依頼割合が最も高いことが明らかになっている。看護職においては、認知症高齢者の「易怒・興奮」の具体的な言動を見極めることも重要であり、精神科的な治療の必要性を検討する役割も求められる。

認知症の種別による違いは本研究では範疇ではないが、長濱ら（2010）は、些細なことで不機嫌になる、急に怒る、気難しく短期であるなど、易刺激性もアルツハイマー病では病初期から現れやすい症状であると述べている。また、鈴木ら（2009）は、BPSDは、疾患ごとの特性を持っているため、その患者がどのような種類の認知症であるかを見極めながら関わるのが重要である。アルツハイマー型認知症の妄想では、記憶障害やそれに伴う時間的感覚の誤認などが背景にあることが多く、一方、前頭側頭型認知症や脳血管性認知症の一部にみられるような激しい攻撃性や脱抑制、レビー小体型認知症でみられる幻視などは、疾患自体の要因の関与が大きく、環境やケアの配慮だけではコントロールできないことを述べており、今後は認知症の種別によるBPSDの傾向を明らかにしていくことも重要である。

一方、介護職は「現在の居心地の悪さより生じる易怒状態」の記録単位が最も多く、その中でも、認知力の低下のため、施設にいたことが理解できず住み慣れた自宅へ帰りたいという気持ちが招く『帰宅願望により易怒状態となる』ことが多く、施設で生活していることを理解することが難しい現状を示した。神城ら（2011）の保健医療福祉従事者に対する調査によると、帰宅願望に対して、「家に対する愛着の現れととらえる」と認識しているのは、看護職28.3%であり、介護職は34.9%であり、家への哀愁が帰宅願望の1つの要因になっているという認識は介護職の方が高いことが伺える。中核症状が進行すると、施設入所の理解ができず、誰と一緒に来たかも忘れてしまい、記憶障害や場所の見当識障害が原因となって不穏になったり、落ち着きをなくしたりすることもある（佐藤・小木曾，2012）。

関連図では、介護職は、認知症高齢者の大声を「易怒・興奮」の具体的な言動として捉えていることを示した。認知症の病状の進行に伴い、記憶力、記憶力などの低下による情報収集の困難さ、記憶や見当識の障害による語彙量の減少や流暢性の低下、語彙の意味の理解力の減少などによる思考力、判断力の低下などにより、他者とのコミュニケーションが困難になる（佐藤・小木曾, 2012）。他者へ伝えたいという気持ちはあるため、それが大声として表現されることも多いと考える。これはノンバーバルコミュニケーションの1つでもあるが、他の利用者へ影響を与えることも多い。そのため、予防的な介入を実施するためには、どのような状況の時に大声になるのかを場面ごとに検討していくことも必要である。

#### 4.2. 「易怒・興奮」の時に実施した対応で利用者のよい反応を得られたケア

表3で示したように、記録単位に若干の差はあるものの、両職種とも最も記録単位が多かったのは、「人的・物的環境を変える」であった。サブカテゴリーも共通しており、『利用者の興味がある話題に意図的に話しを切り変える』が最も記録単位が多かった。認知症高齢者には、さまざまな人的環境、物的環境からの要素を敏感に察知し、お互いの感情を伝え合おうとする機能は残されている（佐藤・小木曾, 2012）。そのため、利用者の興味があるなど関心を向けやすい話題づくりを心がけ、認知症高齢者が発する言葉を否定することなく、そのままを受け止めることが大切である。傾聴、共感することにより、認知症高齢者と時間と空間を共有することは「易怒・興奮」の状態から脱することに役立つ。認知症の進行に伴い、過去の記憶も薄れることがあり、認知症高齢者本人から情報を得ることが難しい場合もあるため、家族や親しい人々との連携を密にして、さまざまな角度から情報収集を行い、その人を知っていく意図的な関わりが重要となる。しかし、関わることにより、より「易怒・興奮」を招くこともあり、人

的・物的環境を整えることとして、状況によっては、時間を空けることや少し遠くで見守ることも必要である。神城ら（2011）の保健医療福祉従事者に対する調査によると、「乱暴・暴言」に対する望ましい対応が回答できた割合は45%と半数にも満たなく、その中の「短時間一人にする」の回答は、看護職は18.9%であり、介護職は16.7%であった。時間を空けることや少し遠くで見守ることも有効であるという認識が希薄な状況であることが示唆される。

一方、関連図においては職種による最も多いキーワードの違いなどがみられた。看護職では、入所している認知症高齢者は家族と繋がっていることを認識しており、家族の力をケアに活かす試みが実践されていた。在宅で介護する家族の場合は、介護家族の発言に留意し、日々の支援のなかでも介護者である家族に目を注ぐことで、認知症の人自身のBPSDを改善できることも明らかになっている（松本, 2012）。本調査対象施設は介護老人保健施設であり、在宅復帰も視野に入れたアプローチを行う意義は高く、BPSDの改善に効果があることが期待できる。生活環境を整えることは重要であり、介護職では、さまざまなアプローチを実践していることが示された。認知症の長期間にわたる経過の中で、ケアを困難にするBPSDは、認知症の人が日々の生活の中に不安や混乱を抱えず、生きがいをもって生活できる環境にあるときは生じない（小林ら, 2009）。さまざまな生活の場で、「易怒・興奮」を低減させるためにも、薬物療法が選択されることも多いが、認知症やBPSDの治療に使用される抗不安薬、抗精神病薬、睡眠薬、抗うつ薬、認知症治療薬そのものがBPSDを悪化させる可能性があることが示唆されており、認知症やBPSDの薬物療法を行う際には、身体の状態、精神の状態、さらには介護環境の整備等も含めて、包括的な注意が必要となる（宮村ら, 2012）。認知症では、中核症状など疾患がもつ症状と、本人がもともと持っている性格などの心理的要因、環境や介護者などとの人間関係な

どの社会的要因などさまざまな要因がからみ合っ  
て、BPSDが生じる。BPSDである妄想や易怒・  
興奮などの軽減のための薬物療法では、認知機能  
や運動機能に対する副作用も多い。そのため、で  
きるだけ非薬物療法を実践することが望ましい  
(佐藤ら, 2012)。BPSDに対する非薬物療法の基  
本は、記憶を失い、過去、未来とのつながりを切  
り離され、不安な患者の“今”を心地よいと感じ  
られるように対応し、環境を整えることに尽きる  
(いわて盛岡認知症介護予防プロジェクトもの忘れ  
検診専門医部会, 2009)。

## 5. 今後の課題

本研究では、介護老人保健施設における認知症  
ケアのあり方を検討するために、認知症ケア実践  
者である看護職と介護職に対する質問紙調査によ  
り、さまざまなBPSDに繋がる「易怒・興奮」に  
対する利用者の言動とよい反応を得られたケアを  
明らかにした。その結果、「易怒・興奮」の具体的  
な言動の捉え方は、職種による違いがあるものの、  
「易怒・興奮」の時に実施した対応で利用者のよい  
反応を得られたケアは、違いがみられず、「人的・  
物的環境を変える」実践がよい反応を得られてお  
り、先行研究と類似した傾向がみられた。あらか  
じめ、ケアを実践するためには、認知症ケアの研  
修などを積み重ね、認知症ケアの質の向上を図る  
ことも重要であり、さまざまな側面から物的な環  
境を整え、穏やかに過ごすことができる空間の確  
保など「人的・物的環境を整える」実践も重要で  
はある。しかし、「易怒・興奮」を低減させるため  
に、関わるスタッフやその場所を変える「人的・  
物的環境を変える」実践はより重要となる。本研  
究で得られた看護職と介護職の強みを生かしてい  
くことで、認知症から派生する「易怒・興奮」の  
状況の機会の減少により、BPSDの低減に繋がる  
ことが期待できる。介護老人保健施設において、  
BPSDがある認知症高齢者の受け入れを促進する  
ことは、在宅や介護老人福祉施設などへの架け橋

としての役割も維持できると考える。

現段階では、施設入所者の認知症高齢者は、「認  
知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランク M」  
や「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ラン  
ク IV」の場合であっても、医師による認知症の診  
断がないこともある。また、認知症という診断だ  
けで、認知症の種別が明らかになっていないこと  
も多い。そのため、本研究では認知症という括り  
で調査を実施したが、今後は、認知症の種別とし  
て代表的な、アルツハイマー型認知症、前頭側頭  
型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症  
における「易怒・興奮」の具体的な言動とその時  
実施した対応でよい反応を得られたケアを明らか  
にしていけることが求められる。

最後に、本研究の調査に関しまして、ご理解と  
ご協力をいただきました介護老人保健施設の職員  
の皆様へ感謝申し上げます。なお、本研究は、文  
部科学省科学研究費（基盤 C 課題番号 24593476）  
を受けた研究の一部である。

## 参考文献

- Alzheimer's Disease International. (2009) World  
Alzheimer Report 2009 Executive Summary, 2.
- 朝田隆 (2009) 「認知症の問題行動・BPSD への対応」  
『老年精神医学』20 (増刊号-Ⅲ), 95-101.
- Black W, Almeida OP (2004) A systematic review of  
the association between the behavioral and  
psychological symptoms of dementia and burden  
of care, *Intropsychogeriatr*, 16(3), 295.
- いわて盛岡認知症介護予防プロジェクトもの忘れ検  
診専門医部会編 (2009) 「かかりつけ医とケアス  
タッフのための BPSD 対応マニュアル」『南山堂』  
9.
- 梶原弘平・辰巳俊見・山本洋子 (2012) 「認知症高齢者  
を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する  
要因」『老年精神医学』23(2), 221-226.
- 神城憲司・小松洋平・加藤稔子・ほか (2011) 「認知症  
の行動・心理症状 (BPSD) 対応の基礎知識に関  
する実態調査—保健医療福祉従事者の職種別比  
較—」『日本作業療法学会』14(1), 33-38.
- 加瀬裕子・久松信夫・横山順一 (2012) 「認知症ケアに



- おける効果的アプローチの構造」『社会福祉学』53(1), 3-15.
- 小林敏子 (2001)「認知症ケアの原理・原則」日本認知症ケア学会編『改定・認知症ケアの基礎』株式会社ワールドプランニング, 81-84.
- 小林敏子・福永知子 (2009)「認知症の人の心理と対応」, 株式会社ワールドプランニング, 161.
- 越谷美貴恵 (2012)「暴力的行為に対する介護職員の認識と対処方法」『介護福祉学』19(2), 129-138.
- 厚生労働省 (2012)「平成22年介護サービス施設・事業所調査による認知症の傾向」平成24年2月9日発表, (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/index.html>) 2012/12/12.
- 厚生労働省 (2012)「認知症高齢者数について」平成24年8月24日発表, (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul.html>) 2013/5/22.
- 長濱康弘 (2010)「認知症の基礎疾患ごとのBPSDの特徴」『Cognition and Dementia』9(2), 25-34.
- 日本認知症学会編 (2010)「認知症テキストブック」中外医学社, 206.
- 西村浩 (2009)「BPSDの概念と対応—治療上の問題点—」『老年精神医学』20 (増刊号Ⅲ), 87-94.
- 小木曾加奈子 (2011)「認知症高齢者の“よくない状態 (ill-being)”の指標に基づいた分析—生活全体に配慮が必要な認知症高齢者に着目をして—」『介護福祉学』155-161.
- 沖田幸治・小峯武陸・高橋健太郎・ほか (2011)「高齢者の異常行動と理学療法」『理学療法』28(12), 1480-1485.
- 王淑媚・品川俊一郎・中村紫織・ほか (2008)「日中両国の認知症高齢者のBPSDに関する比較検討」『日本保健科学』11(1), 12-19.
- 松本一生 (2012)「認知症の人の家族を支える」『老年精神医学』23 (増刊号Ⅰ), 114-118.
- 宮村秀浩・安田朝子・木之下徹・ほか (2012)「行動・心理症状 (BPSD) に対する不適切な薬剤使用について」『老年精神医学』23(1), 63-73.
- 佐藤八千子・小木曾加奈子 (2012)「介護老人保健施設における認知症高齢者のBPSDに対するケアの困難性」『岐阜経済大学論集』46(1), 79-89.
- 佐藤八千子・小木曾加奈子監修 (2012)「認知症がある人をケアする」『学文社』22-23, 129-131.
- 社会福祉法人三重県社会福祉協議会三重県福祉人材センター (2012)「福祉・人材の確保と定着に関する実態調査報告書」8-9.
- 鈴木みずえ・水野裕・グライナー智恵子・ほか (2009)「重度認知症病棟における認知症ケアマッピングを用いたパーソン・センタード・ケアに関する介入の効果」『老年精神医学』20(6), 668-679.
- 矢山壮・繁信和恵・山川みやえ・ほか (2012)「大阪府における施設別の入院依頼割合の高いBPSDの種類」『老年精神医学』23(6), 731-738.

# Behaviors of elderly with dementia related to “irritability and excitement” and nursing care activities that obtain acceptable responses from them :

## The difference between nurses and care workers in special nursing homes for the elderly

Kanako Ogiso<sup>\*1</sup>, Yasuko Hirasawa<sup>\*2</sup>, Takaharu Abe<sup>\*3</sup>, Satomi Negi<sup>\*4</sup>,  
Shinako Yamashita<sup>\*5</sup>, Satoe Ando<sup>\*6</sup>, Yachiko Sato<sup>\*7</sup>, Nanae Imai<sup>\*8</sup>

<sup>\*1</sup>Gifu University School of Medicine Nursing Course <sup>\*2</sup>Urawa Junior College

<sup>\*3</sup>Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government <sup>\*4</sup>Aich Bunkyo Women's College

<sup>\*5</sup>Shinshu Carewelfare College <sup>\*6</sup>Gifu University of Medical Science

<sup>\*7</sup>Gifu Keizai University <sup>\*8</sup>Heisei College of Health Sciences

The aim of the present study was to elucidate actual behaviors of elderly dementia patients related to “irritability and excitement,” and nursing care activities that had obtained acceptable responses from them. For this purpose, a questionnaire survey was administered to nurses and care workers engaged in dementia care. The obtained data were classified, and the relationships among key words were analyzed using PASW Text Analysis for Surveys. Subsequently, a directed layout was schematized. Actual behaviors related to “irritability and excitement” were classified into four categories, including “patients cannot accept the nursing care staff and become irritable.” These four categories were further divided into 17 subcategories. Nursing care activities that had obtained acceptable responses from the elderly with dementia were classified into five categories, including “creation of better physical and human environments.” These five categories were further classified into 16 subcategories. The directed layout showed that behaviors related to “irritability and excitement” were noticeable when the patient was taking a bath or meal, and that it was necessary for patients in geriatric healthcare facilities to consider their families important. As for caring that obtained a good reaction, a similar tendency was shown though there was a difference of how to catch the current state of “Irritability and excitement”.

---

**Key words:** elderly dementia patients, dementia care, irritability and excitement, behavioral and psychological symptoms of dementia